

避難行動要支援者調査票（個別避難計画）

この調査票は、貴殿が避難行動要支援者名簿の外部提供の同意書に基づくものであり、日頃の予防活動や災害時の避難支援に役立てます。

なお、この調査は災害時の支援を保障するものではなく、避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

【避難行動要支援者】

ふりがな	かほく たろう		
氏名	河北 太郎		
住所	河北町谷地戊81		
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
電話番号	(73)2111	同居者	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
血液型	A型	行政区	末広南
同意欄	趣旨を踏まえ、調査及び地域支援者への情報提供を了承します。 令和〇年〇〇月〇〇日 氏名 河北 太郎		

【避難行動要支援状況】

本人の状況	1 寝たきり 2 手が不自由 <input checked="" type="radio"/> 3 足が不自由 4 目が不自由 5 耳が不自由 6 言葉が不自由 7 その他 ()
要支援の事由	<input checked="" type="radio"/> 1 75歳以上の単身高齢者及び75歳以上の高齢者のみの世帯の者 2 身体障害者手帳1級又は2級所持者 3 療育手帳A所持者 4 精神障害者保健福祉手帳1級所持者 5 特別児童扶養手当1級に相当する児童 6 介護保険法における要介護度3以上の認定者 7 難病患者のうち、町の生活支援を受けている者 8 登録希望者 (希望する理由)
受けたい支援の内容	1 避難所まで支援者による介助 2 避難所まで支援者による同行 (見守り) <input checked="" type="radio"/> 3 自力での避難が可能であるが、安否確認や声かけ 4 同居者等による支援により避難可能のため、安否確認のみ

かかりつけの医療機関	医療機関名	県立河北病院		電話番号	73-3131
	治療中の症状	腰痛		担当医	東北
	備考	(服薬名など)			
	医療機関名		電話番号		
	治療中の症状		担当医		
	備考	(服薬名など)			
在宅介護支援事業者		電話番号			
		担当ケアマネジャー			
避難時必要となるもの	1 車いす 2 担架 3 酸素吸入器 4 その他 ()				
地域支援者	氏名	関係・所属	住所	電話番号	
	紅 一郎	河北自主防災会	河北町谷地△△		
	最上 花美	河北自主防災会	河北町谷地××		
特記事項	(避難の際の留意事項などを記入)				

【緊急時の連絡先】

優先順	ふりがな 氏名	要支援者との関係	住所	電話番号
1	河北 一太	子	山形市松波〇〇	023-111-2211
2	河北 紅子	妹	河北町谷地△△	72-0000
3				
4				

【調査票作成者】

作成者氏名	〇〇〇〇〇	電話番号
所属団体	河北自主防災会	73-××××